

様式第5号

病児保育事業 医師連絡票	
(提出先) 小樽市長	令和 年 月 日
(医療機関)	
名称	
所在地	
電話番号	
担当医氏名	
印	
小樽市病児保育事業の利用について次のとおり病児保育の利用が可能であると診断します。	

【保護者記入欄】

患者氏名		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日	令和 ( 歳)
患者住所	小樽市	丁目	番	号	町	番地
電話番号		保護者氏名				

【医療機関記入欄】

診断・症状 など (該当するものに☑)	一般室	隔離室
	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 急性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふく) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 (アデノウイルス) <input type="checkbox"/> その他 ( )
投薬状況 及び経過	発症日 年 月 日 医師推定 <input type="checkbox"/> 投薬については別紙のとおり	
特筆すべき既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
利用期間	令和 年 月 日 より ( 日間)	
保育上の注意	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育可	
食事	<input type="checkbox"/> 指示なし <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容: )	
その他 注意事項		

※医師連絡票の作成は、月1回に限り保険診療（診療情報提供I）の扱いとなります。